

# Mottagare för AKTUELL Vård - och omsorgsboende 2023

Respondent

**Namn:** Humana Björnö

**E-post:** HumanaBjörnö

**Svar inkom:** 2023-03-01 14:07

Resultat

5	<b>Verksamhetens regiform: (Verksamhetens regiform)</b> Privat regi
6	<b>Inriktning: (Inriktning)</b>
7	<b>Adress: (Adress)</b>
8	<b>Verksamhetschef/enhetschef: (Verksamhetschef/enhetschef)</b>
9	<b>Telefon: (Telefon)</b> 073 069 30 18
10	<b>Antal lägenheter totalt: (Antal boende totalt)</b> 60
11	<b>Antal boende från Stockholms stad:</b> 1
12	<b>Uppföljningen utförd av:</b> Pim Karlström, verksamhetscontroller Bintou Traoré Tent, MAS
13	<b>Från utföraren medverkade:</b> Nina Jones, verksamhetschef Helena Borell, gruppledare Magnus Ahlbom, sjuksköterska, konsult (avslutar sin tjänst 230616) Monica Axelsson, sjuksköterska, konsult (arbetar första dagen 230615) Enskilt samtal genomfördes med två omvårdnadspersonal.
14	<b>Datum för uppföljningen (år/mm/dd):</b> 2023/06/15
16	<b>Sammanfattning:</b> Humana Björnö är ett vård- och omsorgsboende med inriktningarna somatisk samt demens för personer under och över 65 år. Utföraren har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som är anpassat för verksamheten och som delvis innehåller de processer och rutiner som är nödvändiga för att upprätthålla en god kvalitet. Verksamhetens styrkor ligger i arbetet kring mat och måltider samt kommunikation och transparens gentemot medarbetare. Humana Björnö inryms i en nybyggd fastighet som är väl anpassad för verksamhetens behov. Verksamheten har nära till naturen med goda möjligheter till utomhusaktiviteter. Personalen uttrycker stolthet särskilt över sina kollegor, för grundstommen och de förutsättningar som finns för att arbeta i verksamheten. Identifierade brister framgår av nedanstående punkt och vidare i aktuellt dokument i sin helhet. Avtalsförvaltare på Aldreförvaltningen ansvarar för vidare uppföljning av identifierade brister. Verksamhetsbesök genomfördes den 15 juni. Verksamheten mottog återkoppling med identifierade utvecklingsområden den 22 juni. Avtalsförvaltare på Aldreförvaltningen fick även ta del av aktuell återkoppling samma datum. Tid för återkoppling och komplettering gavs till och med den 21 augusti.
17	<b>a) Följande brister finns vid denna uppföljning:</b> Brister som framkommit och åtgärdats genom komplettering i samband med uppföljningen framgår under respektive punkt i aktuellt dokument. Nedan brister kvarstår efter uppföljning. Hälso- och sjukvårdspersonal (punkt 5): - Verksamheten har i samband med uppföljning endast en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska för samtliga boende. Rutiner och dokument (punkt 7): - Verksamheten uppvisar styrdokument gällande våld i nära relation men saknar lokal rutin. Information om möjligheter till stöd vid önskan om kontakt med polis vid våldsutsatthet samt med kontaktuppgifter till beställande nämnd saknas. Samverkan (punkt 8): - Verksamheten uppvisar lokal rutin för samverkan med läkare, extern samverkan, informationsöverföring samt dokument där interna möten och samverkansforum framgår. Information om samtycke från den boende i samband med informationsöverföring saknas. - Verksamheten kan inte uppvisa tillfredsställande rutin gällande extern samverkan. Sammanfattningsvis behöver listade samverkanspartners samt arbetssätt framgå av rutin. - Verksamheten saknar rutin gällande teammöten. Sammanfattningsvis behöver syfte, arbetssätt, avsatt tid, ansvarsfördelning och informationsöverföring

framgå av rutin. Verksamheten rekommenderas att antingen komplettera dokument om interna möten med information om teammöten, alternativt upprätta separat rutin gällande teammöten. Riskanalys (punkt 9): - Verksamheten kan inte uppvisa tillfredsställande rutin gällande riskanalyser. Sammanfattningsvis saknas tillräcklig information om arbetssätt, information om hur arbetsdokument ska användas, information om hur dokumentation ska ske samt hur verksamheten säkerställer att riskanalyser genomförs. Avvikelsehantering (punkt 10): - Verksamheten saknar rutin för synpunkts- och klagomålshantering. - Verksamheten uppvisar rutin för lex Sarah och lex Maria. I samband med enskilt samtal med personal framgår att de saknar kännedom om lex Sarah i sin helhet. Verksamheten har ombetts att inkomma med åtgärdsplan som tydliggör hur samtlig personal ska ges kompetensutveckling inom området. - Verksamheten rekommenderas att förtydliga skriftligen hur avvikelser, synpunkter och klagomål används på ett systematiskt sätt som ett led i att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Då rutin gällande synpunkts- och klagomålshantering saknas görs bedömning att denna punkt endast kan uppfyllas delvis. Egenkontroller (punkt 11): - Verksamheten kan inte uppvisa tillfredsställande rutin gällande egenkontroller. Sammanfattningsvis saknas tillräcklig information om arbetssätt, information om hur arbetsdokument ska användas samt information om hur dokumentation ska ske. Verksamheten har ombetts att inkomma med valda egenkontroller under 2023 för att kunna uppvisa arbetssättet i praktiken men inte gjort detta. - Verksamheten kan inte uppvisa genomförd egenkontroll av HSL- samt SoL-dokumentation. En handlingsplan gällande dokumentationen (HSL + SoL) pågår i samråd med Norrtälje kommun och uppföljning som genomförts tidigare under 2023. Verksamheten har ombetts att inkomma med aktuell handlingsplan men har inte kunnat göra detta med hänvisning till att den ej färdigställts. I samband med enskilt samtal med personal framgår att det finns brister i den sociala dokumentationen. Nationella kvalitetsregister (punkt 11): - Verksamheten registrerar i Senior alert i samband med inflytt men har en eftersatt uppföljning. Verksamheten har inkommit med åtgärdsplan för arbetet enligt begäran. - Verksamheten registrerar inte i Palliativa registret. Verksamheten har inkommit med åtgärdsplan för arbetet enligt begäran. - Verksamheten tillämpar inte det arbetssätt som anges i BPSD. Verksamheten har inkommit med åtgärdsplan för arbetet enligt begäran. Boende och service (punkt 14): - Verksamheten uppvisar lokal rutin gällande aktiviteter. Verksamheten inkommer även med åtgärdsplan för att tillförsäkra att gemensamma och individuella aktiviteter erbjuds och anordnas, enligt önskemål. - Verksamheten uppvisar lokal rutin gällande utevistelse. Verksamheten inkommer även med åtgärdsplan för att tillförsäkra att rättigheten till utevistelse efterföljs i verksamheten, enligt önskemål.

18

**b) Följande brister är kvarvarande sedan föregående verksamhetsuppföljning:**

Då verksamheten startade år 2021 är aktuell verksamhetsuppföljning den första som genomförs av Stockholms stad.

19

**Bristerna skall vara åtgärdade senast (åå/mm/dd):**

Uppföljning av ovanstående har lämnats till avtalsförvaltare på Äldreförvaltningen den 13 oktober 2023.

21

**Ekonomi och administration: (Ekonomi och administration)**

Avvikelseberättelserna, inklusive underlag för räkning till kund, är tillfredsställande

Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

22

**Eventuella kommentarer avseende ekonomi och administration:**

Då uppföljande stadsdelsförvaltning saknar boende på Humana Björnö i samband med verksamhetsuppföljning efterfrågar verksamhetsuppföljare information om ekonomi och administration via Bromma SDF. Verksamhetscontroller på Bromma SDF återkopplar uppföljning av ekonomi och administration den 2308297. Information ges att fakturahandläggare granskat stickprov på fakturorna från Björnö enligt anvisningarna och att inga avvikelser hittats.

24

**Ledning: (Verksamhetschef)**

Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden, inkl. namngiven chef

Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen är utsedd

Arbetsledning dygnet runt är tydligt utpekad i den lokala rutinen

Information om verksamheten på Stockholms stads hemsida stämmer

25

**Eventuella kommentarer avseende ledning:**

- Verksamhetschef delegerar vissa uppgifter till sjuksköterska relaterat till 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen.

27

**Hälso- och sjukvårdspersonal: (Hälso- och sjukvårdspersonal)**

Sjuksköterska finns enligt 11 kap 4§ hälso- och sjukvårdslagen (motsvarande MAS)

De enskilda har en utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska

28

**Antal sjuksköterskor dag/kväll omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal sjuksköterskor dag/kväll )**

1

29

**Antal sjuksköterskor natt omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal sjuksköterskor natt)**

30

**Antal arbetsterapeuter omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal arbetsterapeuter)**

31

**Antal sjukgymnaster/fysioterapeuter omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal sjukgymnaster)**

1

32

**Tillgång finns till sjuksköterska under vardagar med en inställetid som inte överstiger 30 minuter genom:**

	<b>Sjuksköterska på plats</b>	Dag
	<b>Mobilt team</b>	Kväll Natt
<b>33</b>	<b>Tillgång finns till sjuksköterska under helger med en inställetid som inte överstiger 30 minuter genom:</b>	
	<b>Sjuksköterska på plats</b>	Dag
	<b>Mobilt team</b>	Kväll Natt
<b>34</b>	<b>Eventuella kommentarer avseende hälso- och sjukvårdspersonal:</b>	
	<p>- Verksamheten har tillgång till MAS via Humana. - I samband med verksamhetsbesök framkommer att sjuksköterska (konsult) Magnus är utsedd omvårdnadsansvarig sjuksköterska för samtliga boende. Magnus avslutar sin tjänst 230616 varpå Monica (konsult) blir ny omvårdnadsansvarig sjuksköterska för samtliga boende. Verksamheten har sjuksköterska i form av fast konsult i tjänst dagtid (07-16:30) vardagar och helger. Övrig tid bemannas verksamheten via mobilt team. Verksamhetschef berättar, i samband med verksamhetsbesök, om svårigheter att bemanna verksamheten kopplat till rekryteringssvårigheter samt att flera sjuksköterskor påbörjat men avslutat sina tjänster inom kort. Verksamhetschef berättar även att det finns svårigheter att bemanna via konsult/extern bemanning relaterat till verksamhetens geografiska läge. Bedömning görs att verksamheten har en inadekvat fördelning av antal boende fördelat på omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt att det finns risker kopplade till detta. Aktuell tjänst/sjuksköterska har även andra tidskrävande arbetsuppgifter så som behandling, delegering, utreda avvikelser, dokumentera, att delta i möten och systematiskt kvalitetsarbete och samverka etc. - Verksamheten bemannas av fysioterapeut/sjukgymnast från Klara kompetens fördelat på fysioterapeut/sjukgymnast (1/dag) och arbetsterapeut (3/vecka).</p>	
<b>36</b>	<b>Antal omvårdnadspersonal dag/kväll omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal vårdbiträden/undersköterskor dag/kväll )</b>	
	23,44	
<b>37</b>	<b>Antal omvårdnadspersonal natt omräknat till heltidsanställningar (anges med två decimaler): (Antal vårdbiträden/undersköterskor natt)</b>	
	5,5	
<b>38</b>	<b>Andel timanställd omvårdnadspersonal, angivet i procent (inga decimaler): (Andel timanställd omsorgspersonal)</b>	
	70	
<b>39</b>	<b>Andel omvårdnadspersonal med adekvat utbildning, angivet i procent (inga decimaler):</b>	
	63	
<b>40</b>	<b>Eventuella kommentarer avseende omvårdnadspersonal:</b>	
	<p>- I samband med komplettering inkommen den 21 augusti framgår följande: Antal omvårdnadspersonal dag/kväll omräknat till heltidsanställningar: en enhet om 10 boende har 5,86 åa/vecka. Totalt i huset med 2 av 3 plan öppna = 23,44 åa. Antal omvårdnadspersonal natt omräknat till heltidsanställningar: ett våningsplan om 20 boende har 2,75 åa/vecka. Totalt i huset med 2 av 3 plan öppna = 5,5 åa. Andel timanställd omvårdnadspersonal, angivet i % inga decimaler: ca 0,7 åa/vecka. 70%. 2,8 åa/månad i befintligt schema. Andel omvårdnadspersonal med adekvat utbildning, angivet i % inga decimaler: verksamheten har i dagsläget 63% utbildade undersköterskor och 37 % anställda vårdbiträden varav 12% är utbildade vårdbiträden.</p>	
<b>42</b>	<b>7. Rutiner och dokument:</b>	
	<b>1) Introduktion av nyanställd personal</b>	Finns
	<b>2) Gemensam plan för kompetensutveckling</b>	Finns
	<b>3) Beskrivning av enhetens värdegrundarbete</b>	Finns
	<b>4) Uppmärksamma hot och våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck</b>	Finns delvis
	<b>5) Information till nyinflyttad</b>	Finns
	<b>6) Kontaktmannaskap</b>	Finns
	<b>7) Hantering av privata medel eller motsvarande</b>	Finns
	<b>8) Hantering av nycklar eller motsvarande</b>	Finns

<b>9) Förebyggande och behandling av undernäring enligt HSLFS 2022:49</b>	Finns
<b>10) Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter</b>	Finns
<b>11) Uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt nödvändig tandvård</b>	Finns
<b>12) Fotsjukvård</b>	Finns
<b>13) Medicintekniska produkter i enlighet med HSLF FS 2021:52</b>	Finns
<b>14) Smittförebyggande arbete i enlighet med HSLF-FS 2022-44 och SOSFS 2015:10 samt handlingsprogram för att minska vårdrelaterade infektioner</b>	Finns
<b>15) Läkemedelshantering i enlighet med HSLF-FS 2017:37</b>	Finns
<b>16) Vård i livets slutskede i enlighet med Nationellt vårdprogram för palliativ vård</b>	Finns
<b>17) Aktuell Patientsäkerhetsberättelse</b>	Finns

43

#### Eventuella kommentarer avseende rutiner och dokument:

Verksamheten använder sig av Humanas ledningssystem Parus. Humanas kvalitetsledning bistår med styrdokument. Följande utvecklingsområden uppmärksammades kopplade till rutiner och dokument: - Verksamheten uppvisar rutiner kopplade till introduktion av nyanställd personal i samband med verksamhetsbesök som uppfyller ställda krav i stort. Av rutiner är det dock verksamheten "Åby Ångar" (Vallentuna) som omnämns, och inte Björnö. Verksamheten ombeds komplettera rutin och tillhörande dokument med verksamhetens namn. I samband med granskning av komplettering inkommen den 21 augusti framgår att ovanstående åtgärdats. - Genom Humana och utbildningsportalen Lärtorget finns tillgång till såväl information om varje medarbetares kompetensutveckling som utbildningsmaterial. Verksamhetschef berättar i samband med verksamhetsbesök att årshjul för utbildningar planeras. Verksamhetschef berättar även att det är möjligt att designera utbildningar för respektive personal efter behov. Verksamheten uppvisar mall där personal, utbildningar och "X" för genomförd utbildning framgår. Av mall framgår att majoriteten av personalen saknar listade utbildningar varpå verksamheten rekommenderas att "blockera" de utbildningar som ej är aktuella för viss personal för att skapa tydlighet och översikt. Verksamheten rekommenderas även att se över status på medarbetares obligatoriska/ och återkommande utbildningar årligen så att dessa genomförs enligt verksamhetens egna mål. - Verksamheten kan uppvisa rutin för värdegrundsarbete i samband med verksamhetsbesök. Humanas vision är "alla har rätt till ett bra liv" och verksamhetens värdeord är "glädje, engagemang och ansvar". Verksamhetschef berättar att verksamheten arbetar med värdegrundskort i samband med APT samt att värdegrund är en stående punkt på dagordningen för avdelningsmöten. - Verksamheten uppvisar styrdokument gällande våld i nära relation men kan inte uppvisa lokal rutin i samband med verksamhetsbesök. I styrdokument finns hänvisning till lokal rutin. Av styrdokument framgår information om de olika våldsformerna samt arbetssätt. Av stadens krav framgår att personalen ska ha kunskaper om hur man känner igen tecken på våld och förhållningssätt vid dessa situationer samt kännedom om vilket stöd och skydd som finns. Verksamheten ombeds att inkomma med lokal rutin som innehåller information om möjligheter till stöd vid önskan om kontakt med polis vid våldsutsatthet samt med kontaktuppgifter till beställande nämnd (Norrtälje kommun samt Stockholms stad). Ovanstående saknas i samband med granskning av inkommen komplettering den 21 augusti (rutin gällande hot och våld inkommer, dock är det inte den som avses). - Verksamheten kan uppvisa information till nyinflyttad i samband med verksamhetsbesök. Av checklista/innehållsförteckning som tillhör informationen rekommenderas verksamheten att lägga till "blankett för synpunkter och klagomål". - Verksamheten uppvisar styrdokument gällande kontaktmannaskap. Verksamhetschef berättar att kontaktman får utbildning (webb-utbildning) och handledning i sitt uppdrag genom gruppleddare. Gruppleddare kan vid behov även delta i samband med kontakt med anhöriga eller i samband med upprättande av planeringar. Verksamhetschef och gruppleddare berättar att verksamheten lagt till en halv dag på introduktionen av nya medarbetare för att inkludera digital kompetens då dokumentationssystemet upplevs om en utmaning. Av befintligt dokument framgår att dokumentet "Uppföljning av kontaktman" används. Verksamhetschef saknar kännedom om sådant dokument och kan ej uppvisa detta dokument i ledningssystemet varpå verksamhetsuppföljare rekommenderar att justera informationen i styrdokument. - Verksamheten kan inte uppvisa rutin gällande hantering av nycklar i samband med verksamhetsbesök. Verksamhetschef berättar att personalen har "taggar" till dörrar samt tillgång till huvudnyckel på varje våningsplan (öppnas med personlig kod). De boende har klocka som läser av "rätt" dörr när boende tar i handtaget och kommer således endast in i sin egen lägenhet. Av stadens krav framgår att verksamheten ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar såväl för de enskildas lägenheter som för andra lokaler. Nycklar till läkemedelsförråd får endast handhas av legitimerad sjuksköterska. Verksamheten ombeds att inkomma med rutin/dokument med information om personalens "taggar", information vid händelse som föranleder behov av huvudnyckel, information om nycklar till läkemedelsskåp samt hantering genom sjuksköterska/personal med delegering. I samband med komplettering inkommen den 21 augusti inkommer verksamheten med "lokal rutin låsproblematik", dokument för taggkvittens samt "lokal rutin läkemedelshantering". Hänvisning till ytterligare rutin "låsproblematik bilaga 1 - Nödöppning läkemedelsskåp" görs. Av rutin gällande läkemedel framgår att nycklar till läkemedelsförråd endast får handhas av legitimerad sjuksköterska. - Verksamheten uppvisar dokument som innehåller riktlinje vilken beskriver den övergripande hanteringen av läkemedel i samband med verksamhetsbesök. Verksamheten kan inte uppvisa lokal rutin för läkemedelshantering. Av stadens krav framgår att verksamheten ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården. Verksamheten ombeds att inkomma med en lokal rutin för läkemedelshantering i samband med komplettering. I samband med komplettering inkommen den 21 augusti inkommer lokal rutin för läkemedelshantering. - Verksamheten rekommenderas att, med stöd av Humanas kvalitetsledning, granska befintligt ledningssystem och uppdatera såväl styrdokument som lokala rutiner, riskanalyser, egenkontroller och komplettera med årshjul. Verksamhetsuppföljare rekommenderar även en översyn av dokumentens aktualitet, hänvisning till andra dokument, verksamhetsanknytning samt innehåll och referenser (tex. utdaterade referenser >20 år gamla).

44

#### 8. Samverkan:

<b>Rutiner för intern samverkan finns</b>	Delvis
<b>Rutiner för extern samverkan finns</b>	Delvis
<b>Fungerande tvärprofessionellt teamarbete för en personcentrerad vård och omsorg kring de enskilda</b>	Delvis

45

#### Eventuella kommentarer avseende samverkan:

- Verksamhetschef och gruppchef berättar hur informationsöverföring går till mellan passen men kan inte uppvisa skriftlig rutin/arbetsätt gällande detta, eller annan intern samverkan, i samband med verksamhetsbesök. Rutin för extern samverkan kan ej uppvisas. Verksamhetschef berättar att Norrtälje kommun har en designerad biståndshandläggare som "ansvarar för huset" vilket bidrar till en välfungerande kontakt och samverkan med kommun/ biståndshandläggare. Samverkan sker även med boendesamordnare på kommunen. Verksamheten ombeds inkomma med rutin som beskriver såväl intern som extern samverkan i samband med komplettering. Av stadens krav framgår att verksamheten ska ha skriftligt dokumenterad rutin för intern och extern samverkan samt informationsöverföring. Utifrån den boendes önskemål och behov ska utföraren samverka med anhöriga, gode män eller förvaltare, vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer (tex. uppföljningar via kommunen och Stockholms stad, Miljö och hälsa, apoteksgranskningar, syn- och hörselkonsulenter, vårdhygien, livsmedelshygien, kontakt med dietist, tandläkare/Oral Care, religiösa samfund m.fl.). Verksamheten ska säkerställa att det finns samtycke från den enskilde eller dennes företrädare avseende informationsöverföring. Av den lokala rutinen ska det framgå vilka identifierade samverkanspartners som finns internt respektive externt, samverkansrutiner (exempelvis tvärprofessionella teammöten, informationsöverföring mellan personalgrupper och arbetspass), vem som kontaktas i första hand vid förändringar av den enskildes hälsotillstånd oavsett tid på dygnet, vem som kontaktas om sjuksköterska inte kan nås (exempelvis telefonnummer till vårdguiden, ambulans), aktuella telefonnummer till (jour)läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut samt vilka tider resp. telefonnummer gäller. I samband med komplettering inkommen den 21 augusti inkommer lokal rutin för samverkan med läkare, lokal rutin för extern samverkan, lokal rutin för informationsöverföring, dokument där interna möten och samverkansforum framgår. I nämnda rutiner saknas information om samtycke från den boende i samband med informationsöverföring. Verksamheten ombeds att uppdatera rutin gällande extern samverkan ytterligare då många av de föreslagna externa samverkansparterna enligt ovanstående saknas i aktuell rutin, samt då arbetsätt vid samverkan är otydligt (tex. vad som diskuteras, hur dokumentation sker samt hur ny kunskap omsätts etc.). Kontaktuppgifter till Stockholms stad saknas varpå uppgifter lämnas av verksamhetsuppföljare. Verksamheten rekommenderas även att upprätta en kontaktlista för kontakt gällande den boendes hälsa (vem som kontaktas om sjuksköterska inte kan nås, tex. telefonnummer till vårdguiden, ambulans), aktuella telefonnummer till (jour)läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut samt vilka tider resp. telefonnummer gäller). - Verksamhetschef berättar att teammöte genomförs varje vecka tre veckor i månaden och att mötestiden används till kvalitetsråd den fjärde veckan. Samverkan sker med samtliga yrkesgrupper, bla. sjuksköterskor via bemanning samt fysioterapeuter/ arbetsterapeuter från Klara kompetens. Verksamheten uppger i samband med verksamhetsbesök att de inte haft möjlighet att genomföra rekommenderad egenkontroll/granskning utifrån årets fokusarbete. I samband med verksamhetsbesök beskriver verksamhetsuppföljare det tvärprofessionella arbetssättet då den "röda tråden" i dokumentationen framhålls som särskilt viktig. Verksamhetsuppföljare beskriver hur respektive dokumentation ska spegla varandra samt att det ska framgå vad omvårdnadspersonal tar vidare i genomförandeplan respektive vad HSL-personal tar vidare via vårdplan. Verksamheten ombeds inkomma med lokal rutin för teammöten och säkerställa att denna tydliggör syfte, arbetssätt, avsatt tid och ansvarsfördelning. Rutin behöver även innehålla information om att teamet utgår från den boendes genomförandeplan samt vårdplan som vid behov ska uppdateras efter mötet. Det är även av vikt att det framgår hur informationsöverföringen till kollegor angående beslut från mötet säkerställs. Verksamheten ombeds att genomföra en egenkontroll/granskning utifrån beskrivet arbetssätt och inkomma med denna i samband med komplettering. Ovanstående saknas i samband med granskning av inkommen komplettering den 21 augusti. Verksamheten rekommenderas att antingen komplettera dokument om interna möten (inkommen i samband med komplettering, se föregående punkt) med information om teammöten, alternativt upprätta separat rutin gällande teammöten. Innehåll i rutin framgår av ovanstående.

46

### 9. Riskanalys:

**Rutiner för riskanalys finns** Delvis

**Resultaten från riskanalyser används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet** Ja

47

### Eventuella kommentarer avseende riskanalys:

- Verksamhetschef berättar i samband med verksamhetsbesök att det är Humanas kvalitetsledning som inkommer med information om vilka riskanalyser som ska göras. Verksamhetschef kan själv lägga in riskanalyser i Parus utifrån den egna verksamheten alternativt efter uppmaning från Humanas kvalitetsledning. Verksamhetschef beskriver arbetet med riskanalyser på kvalitetsråd, teammöten samt APT. Verksamhetschef beskriver även att medarbetare kan "handplockas" utifrån sin kompetens beroende på vilken riskanalys som ska genomföras. Deltagande medarbetare ansvarar sedan för att sprida information och arbetsätt till respektive enhet beroende på vilken enhet/arbetsgrupp informationen berör. Av stadens krav framgår att riskanalyserna innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Verksamheten ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser eller förändringar som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Verksamheten ska även säkerställa att behov av åtgärder rörande verksamheten identifieras och utreds med stöd av riskanalys i den frekvens och omfattning som krävs. Vidare ska riskanalysen även leda till åtgärder/aktiviteter i förebyggande syfte som exempelvis strömavbrott, utebliven matleverans, telefon/datahaveri, brand, sjukdomsutbrott, extremväder och omorganisation. Verksamhetsuppföljare rekommenderar att verksamheten inför ett årshjul i samband med rutin för förebyggande riskanalyser på samma sätt som verksamheten använder för tex. egenkontroller. Detta för att få en översikt och med regelbundenhet genomföra förebyggande riskanalyser. Verksamheten ombeds inkomma med skriftlig rutin gällande riskanalyser med syfte att förekomma och undvika händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. I samband med granskning av komplettering den 21 augusti framgår att verksamheten inkommit med dokument "kontrollplan för äldreomsorgen" upprättat av Humanas kvalitetsledning (utfärdat 2021). Dokumentet avser egenkontroller, riskanalys kopplat till boende samt riskanalyser kopplade till verksamheten. Av dokumentet framgår aktivitet, uppföljning, frekvens, kontrolltyp/dokument, system och ansvarig på en checklista. Information om arbetsätt (tex. när egenkontroll ska göras, hur dokumentet "kontrollplan" ska användas, hur dokumentation ska ske) saknas dock. Det saknas även möjlighet i dokumentet att fylla i huruvida kontroll/analys genomförts. Verksamheten rekommenderas att fortsätta utvecklingsarbetet kring riskanalyser.

48

### 10. Avvikelsehantering:

**Rutiner för avvikelsehantering finns** Ja

**Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns** Nej

**Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av missförhållanden till IVO (Lex Sarah) finns** Ja

**Rutiner för rapportering, utredning och anmälan av vårdskada till IVO (Lex Maria) finns** Ja

**Avvikelser, klagomål och synpunkter används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet** Delvis

49

### Eventuella kommentarer avseende avvikelsehantering:

- Verksamheten kan uppvisa rutin för avvikelsehantering men inte rutin för synpunkts- och klagomålshantering i samband med verksamhetsbesök. Verksamhetschef berättar att verksamheten får in mycket avvikelser och har svårt att följa upp dessa. Verksamhetschef berättar att ledningen jobbat mycket med tidigare stigma kring att skriva avvikelser (tidigare synsätt att skriva en avvikelse "på" en kollega) samt att öka frekvensen på inkomna avvikelser. Verksamhetschef berättar att personal kan komma och meddela avvikelser muntligen och att verksamhetschef då hänvisar till att skriva avvikelser i aktuellt system (DF-respons). I samband med enskilt samtal med personal framgår att de skriver avvikelser återkommande och känner sig bekväma med detta. Verksamhetschef berättar att sjuksköterska utreder avvikelser som gäller

HSL men att detta, relaterat till personalomsättning och hög arbetsbelastning, ligger efter. Verksamhetschef berättar att många i personalen skriver avvikelser med hög frekvens men att området fortsatt har förbättringspotential och är en del av verksamhetens utvecklingsområden. Verksamhetschef berättar vidare att det inkommer synpunkter från anhöriga men att dessa är få vilket ger verksamheten en bild av att anhöriga är nöjda. Verksamheten ombeds inkomma med rutin för synpunkts- och klagomålshantering i samband med komplettering. Av stadens krav framgår att det av rutin gällande synpunkter-, klagomål- och avvikelser ska framgå hur enheten arbetar för att informera om hur personalen ska lämna/rapportera avvikelser, synpunkter och klagomål samt på vilket sätt verksamheten ska ta emot, identifiera, rapportera och dokumentera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda orsakerna och följa vidtagna åtgärders effekt. Det ska även framgå hur verksamheten sammanställer och återför negativa och positiva erfarenheter från avvikelshantering till verksamhetens personal och andra berörda samt hur verksamheten använder erfarenheterna från avvikelshantering i det förebyggande riskhanteringsarbetet så att inträffade avvikelser inte inträffar på nytt. Vidare ska det även framgå att och hur verksamheten ska anmäla till beställande nämnd respektive myndighet i enlighet med gällande författningar för rapporteringsskyldighet. Ovanstående saknas i samband med granskning av inkommen komplettering den 21 augusti - Verksamheten uppvisar rutin för lex Sarah och lex Maria i samband med aktuellt verksamhetsbesök. I samband med enskilt samtal med personal framgår att de saknar kännedom om lex Sarah i sin helhet. Verksamheten ombeds inkomma med åtgärdsplan som tydliggör hur samtlig personal ska ges kompetensutveckling inom området. I samband med granskning av komplettering inkommen den 21 augusti finns åtgärdsplan gällande ovanstående. - Verksamhetschef berättar att avvikelser diskuteras på teammöte samt kvalitetsråd varpå respektive arbetsgrupp/enhet som berörs tar vidare avvikelser som gäller dem. Verksamhetschef berättar att avvikelser även lyfts i helgrupp vid behov. Verksamheten rekommenderas att förtydliga hur synpunkter och klagomål används på ett systematiskt sätt som ett led i att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Då rutin saknas görs bedömning att denna punkt endast kan uppfyllas delvis.

50

### 11. Egenkontroll:

**Rutiner för egenkontroller finns** Delvis

**Resultaten från egenkontroller används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet** Delvis

**Resultaten från externa uppföljningar används systematiskt för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet** Delvis

**Den sociala dokumentationen (SOSFS 2014:5) uppfyller ställda krav** Delvis

**Hälso- och sjukvårdsdokumentationen (PDL 2008:355, HSLF-FS 2016:40) uppfyller ställda krav** Delvis

51

### Eventuella kommentarer avseende egenkontroll:

- Verksamheten har tillgång till årshjul gällande egenkontroller i aktuellt ledningssystem. Verksamhetschef berättar i samband med verksamhetsbesök att brister som framkommit i samband med egenkontroll tas upp på kvalitetsråd och APT efter genomförande då detta ger en indikation om vad verksamheten behöver arbeta vidare på. Verksamhetschef berättar att verksamheten arbetar med ombudsroller och att aktuellt ombud tar del av egenkontroll samt förbättringsåtgärder (via protokoll) inom aktuellt område. Verksamheten kan inte uppvisa skriftlig rutin gällande egenkontroller i samband med verksamhetsbesök. Verksamhetschef uppvisar översikt av egenkontroller i ledningssystem där det framgår att egenkontroller ska göras för delegering, läkemedel, fall, basal hygien, MTP-utrustning, rehab, tryck, munvård, nutrition, inkontinens, samverkan/ informationsdelning, patientsäkerhet, demens, livsmedelshantering samt hot och våld. Verksamheten ombeds att inkomma med rutin gällande egenkontroller samt genomförda egenkontroller under 2023 för delegering, läkemedelshantering och medicintekniska produkter i samband med komplettering. Av rutin ska det framgå: en beskrivning över vilken egenkontroll som ska genomföras, hur ska egenkontroll göras, av vem, när, hur ofta samt i vilken omfattning kontroller har skett. En samlad bedömning av respektive egenkontroll ska finnas samt hur enheten har arbetat/arbetar med de förbättringsområden som framkommit i samband med egenkontrollen. Av stadens krav framgår att egenkontroll inom minst följande områden ska genomföras: dokumentation SoL (SOSFS 2014:5), dokumentation hälso- och sjukvård (PDL 2008:355, SOSFS 2008:14), delegering, läkemedelshantering, basala hygienrutiner, medicintekniska produkter, livsmedelshantering, aktiviteter, utvistelse och larmloggar. I samband med granskning av komplettering inkommen den 21 augusti inkommer rutin för egenkontroll, rutin "uppbyggnad av egenkontrollprogram och myndighetskontakt" (gäller endast livsmedelshantering) samt rutin "grunder i livsmedelshygien och grundförutsättningar" (gäller endast livsmedelshantering), samtliga upprättade av Humanas kvalitetsledning och utfärdade 2017. I samband med komplettering inkommer även dokument "kontrollplan för äldreomsorgen" upprättat av Humanas kvalitetsledning (utfärdat 2021). Dokumentet avser egenkontroller, riskanalys kopplat till boende samt riskanalyser kopplade till verksamheten. Av dokumentet framgår aktivitet, uppföljning, frekvens, kontrolltyp/dokument, system och ansvarig på en checklista. Information om arbetssätt (tex. när egenkontroll ska göras, hur dokumentet "kontrollplan" ska användas, hur dokumentation ska ske) saknas dock. Det saknas även möjlighet i dokumentet att fylla i huruvida kontroll/analys genomförts. I samband med komplettering inkommer även dokumentet "översikt kontroller/checklistor" där verksamhetsuppföljare kan utläsa att egenkontroller genomförts för basala hygienrutiner och klädregler, delegering, samverkan och informationsöverföring, nutrition samt vård i livets slut 2023. Begärda genomförda egenkontroller enligt ovanstående saknas i samband med granskning av inkommen komplettering. - Verksamhetschef berättar även att resultat från externa uppföljningar och granskningar förmedlas till personal på kvalitetsråd och APT. Verksamhetschef berättar att de nyligen mottagit en handlingsplan från Norrtälje kommun i samband med uppföljning som gjorts våren 2023 som de arbetar med. Verksamhetschef betonar att det finns intresse för personalens synpunkter och visar på vilket sätt medarbetare ges insyn i dokumentation, budget etc. som berör verksamheten. Av aktuell uppföljning och rubriken "samverkan" framgår dock att skriftlig rutin gällande extern samverkan/rutin gällande arbetssätt saknas varpå det således även saknas rutin för hur resultaten från externa uppföljningar ska användas systematiskt. Verksamheten ombeds att inkludera information om hur resultaten från externa uppföljningar tillsammans med rutin om extern samverkan. Ovanstående saknas i samband med granskning av inkommen komplettering den 21 augusti. - Verksamhetschef berättar att Norrtälje kommun begär in genomförandeplaner varje månad som granskas av biståndshandläggare och menar att detta utgör en kontroll av den sociala dokumentationen. Verksamhetschef uppger att Norrtälje kommun bedömer att kraven på den sociala dokumentationen uppfylls. Verksamhetschef berättar vidare att verksamheten vill arbeta med lathundar i samband med dokumentationen samt att ett teamarbete behöver utvecklas som ett led i att höja nivån på den sociala dokumentationen. I samband med enskilt samtal med personal framgår att den sociala dokumentationen är mycket eftersatt och att det i många fall kan finnas en anteckning om enskilda trots att de bott där en längre tid. Personal berättar att dokumentationen speglar vilken personal som är i tjänst då exempelvis timanställda saknar inloggning till IT-system. Personal berättar att genomförandeplaner upprättas men att de håller en låg kvalitet och "skrivs för att skrivas" och inte ger något stöd i arbetet eller är ett levande dokument. Aktuellt IT-system beskrivs som en del av problemet då personal upplever att de behöver upprepa sig på olika ställen och skriver om samma information. En av de intervjuade har inte fått introduktion i att skriva genomförandeplaner. Separat granskning av HSL-dokumentationen görs även av Norrtälje kommun enligt uppgift från verksamhetschef i samband med verksamhetsbesök. Verksamheten ombeds att inkomma med resultat från dessa granskningar som Norrtälje kommun genomfört i samband med komplettering. I samband med att komplettering inkommer den 21 augusti informerar verksamhetschef om att handlingsplanen mellan Norrtälje kommun och verksamheten inte färdigställts ännu och därför inte kan bifogas till aktuell komplettering. Återkoppling är enligt information planeras till den 27 september 2023.

52

### 12. Processer och förankring:

**Verksamhetens huvudprocesser är identifierade** Ja

**Personalens medverkan i kvalitetsarbetet är tydliggjord** Ja

53

### Eventuella kommentarer avseende processer och förankring:

- Verksamhetens huvudprocesser är identifierade genom Humanas ledningssystem Parus. - Personalen medverkar i kvalitetsarbetet genom APT, kvalitetsråd samt teammöten.

**54 13. Nationella kvalitetsregister:**

Enheten registrerar i Senior alert

**55 Eventuella kommentarer avseende kvalitetsregister:**

- Verksamhetschef och gruppleddare berättar att verksamheten registrerar i Senior alert i samband med inflytt men att uppföljningen är eftersatt. Verksamheten ombeds inkomma med åtgärdsplan för hur uppföljning i Senior alert ska säkerställas. I samband med granskning av komplettering inkommen den 21 augusti finns åtgärdsplan gällande ovanstående. - Verksamhetschef berättar att verksamheten inte kunnat registrera i Palliativa registret enligt målsättning på grund av personalomsättning och vakanta tjänster. Av stadens krav framgår att verksamheter oavsett regi ska registrera i Palliativa registret, detta för att stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård i livets slutskede. Verksamheten ombeds inkomma med handlingsplan för att säkerställa registreringen i palliativa registret i samband med komplettering. I samband med granskning av komplettering inkommen den 21 augusti finns åtgärdsplan gällande ovanstående. - Verksamhetschef berättar att verksamheten haft utbildning i BPSD tidigare men att arbetssättet urholkats relaterat till personalomsättning. Verksamhetschef berättar att verksamheten inte tillämpar arbetssätt som anges i BPSD. Verksamheten ombeds att inkomma med en åtgärdsplan för att påbörja arbeta enligt arbetssätt som anges i BPSD. I samband med granskning av komplettering inkommen den 21 augusti finns åtgärdsplan gällande ovanstående.

**57 Stimulans: (Stimulans)**

Utföraren erbjuder daglig utevistelse

Individuella aktiviteter erbjuds

**58 Mat och måltider: (Mat och måltider)**

Verksamheten har tillgång till kompetens i kost- och nutritionsfrågor genom dietist

Mat och måltider är i möjligaste mån individuellt anpassad och utgår från den enskildes behov

Måltiderna är jämnt fördelade över dygnet, med tre måltider (frukost, lunch och middag) samt två till tre mellanmål.

Nattmål och förukost erbjuds vid behov.

**59 Lokaler och utrustning: (Lokaler och utrustning)**

Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, utrustning för behandling och sjukgymnastik och övrig utrustning samt arbetsredskap, hjälpmedel, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgår för att fullgöra åtagandet

Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt - och städartiklar, glödlampor, toalettpapper, engångsmaterial

Lägenheter/rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls

Utföraren har en komplett städplan för storstädning i gemensamhetslokalerna

**60 Eventuella kommentarer avseende boende och service:**

- Verksamhetschef berättar att personal anordnar och utför aktiviteter samt att verksamheten nyligen anställt en trivselsvårdinna (om 50%) som anordnar aktiviteter. Verksamhetschef ger exempel på aktiviteter så som att läsa tidningen, lägga pussel och spela spel och uppger att detta sker både i mindre grupper samt enskilt. Verksamhetschef berättar att schemalagd egentid med kontaktperson inte erbjuds men att verksamheten planerar för detta. I samband med enskilt samtal med medarbetare framkommer att de boende kan erbjudas att sitta ute i trädgården beroende på arbetsbelastningen aktuell dag. Promenader förekommer även regelbundet. Personal berättar att arbetsterapeut tidigare ansvarat för aktiviteter (denne har avslutat sin tjänst) och att en ny aktivitetsansvarig nyligen påbörjat sin tjänst. Den senaste tiden (våren 2023) har verksamheten haft mycket få aktiviteter och det har då varit omvårdnadspersonalen som ansvarat för att planera och genomföra aktiviteter. Personal berättar att det är svårt att komma på aktiviteter, inhämta information om boendes preferenser och önskemål samt att genomföra aktiviteter med hänvisning till hög arbetsbelastning. Vanliga förekommande aktiviteter är att lösa korsord eller att spela bingo. Personalen uppger att många av de boende inte är intresserade av aktiviteter men att det är en förutsättning att en personal ansvarar för aktiviteter för att de ska bli av och för att de boende ska ha förutsättningar att delta. Av stadens krav framgår att verksamheten ansvarar för att de enskilda får daglig fysisk, psykisk, social, kulturell och andlig stimulans efter var och ens förutsättningar och behov. Verksamheten ska sträva efter att de enskilda ska känna gemenskap samt bidra till att stärka psykiska och fysiska funktioner. Individuella önskemål och intressen ska så långt som möjligt tillgodoses. Arbetet ska organiseras så att vardagslivet är i fokus. Vardagen ska ha ett innehåll där de enskildas förmåga och vilja till aktivitet upprätthålls och tas tillvara. Verksamheten ska skapa förutsättningar för spontana aktiviteter i verksamheten, där en viktig person för att detta ska vara möjligt är kontaktsmannen och dennes arbete med den enskilde. Verksamheten ska erbjuda de enskilda minst två olika dagliga aktiviteter plus ytterligare en större aktivitet som ordnas minst en gång i veckan. Aktiviteterna ska, utan att utgöra hälso- och sjukvård, bidra till att stärka psykiska och fysiska funktioner. Aktiviteterna kan till exempel avse kultur eller friskvård, men ska inte utgöras av vad som innefattas i service och omsorg. Som ett komplement till den egna verksamheten ska samarbete med frivilliga organisationer eftersträvas i syfte att tillgodose de enskildas sociala, kulturella, andliga och mentala behov. Verksamheten ombeds inkomma med rutin som anger arbetssätt för att gemensamma och individuella aktiviteter erbjuds och anordnas. Verksamheten ombeds även inkomma med åtgärdsplan för att kunna tillförsäkra de boende två dagliga aktiviteter varje dag samt minst en större aktivitet i veckan. I samband med komplettering inkommen den 21 augusti bifogas rutin "aktivitets- och utbudsplanering" upprättad av Humanas kvalitetsledning (utfärdad 2017), lokal rutin "aktiviteter och utevistelse" samt åtgärdsplan gällande ovanstående. - Verksamheten ombeds inkomma med rutiner för hur rättigheten till utevistelse följs i verksamheten. I samband med komplettering inkommen den 21 augusti bifogas rutin lokal rutin "aktiviteter och utevistelse" samt åtgärdsplan gällande ovanstående. - Verksamhetschef berättar att Humana Björnö har 60 platser varav 40 är öppna i samband med verksamhetsbesök. Det tredje våningsplanet öppnar den 28 augusti 2023. Verksamheten inkluderar både personer över- och under 65 år. - Humana Björnö ligger i nybyggda lokaler sedan år 2021 och håller således god standard vad gäller modernitet, anpassning och allmänna utrymmen.